

Comparison of the Effect of Schema Therapy and Mindfulness Technique on Sleep Disorders in People with Multiple Sclerosis

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Omid Dinparast¹
Narges Rasouli^{2*}
Seyyed Iman Ghotb³

How to cite this article

Omid Dinparast, Narges Rasouli, Seyyed Iman Ghotb, Comparison of the Effect of Schema Therapy and Mindfulness Technique on Sleep Disorders in People with Multiple Sclerosis, *Islamic Life Style*. 2023; 7:257-267.

1. PhD student, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Kashmar branch, Islamic Azad University, Kashmar, Iran (Corresponding Author).
3. Shandiz Non-Governmental Higher Education Institute, Mashhad, Iran.

* Correspondence:

Address:
Phone:
Email: narges.rasouli@yahoo.com

Article History

Received: 2023/04/25
Accepted: 2023/07/02

ABSTRACT

Purpose: Multiple sclerosis is one of the most common chronic diseases of the central nervous system, which is associated with demyelination of neurons. The disability caused by multiple sclerosis affects the efficiency and mental health of these patients. The current study was conducted with the aim of comparing the effect of schema therapy and mindfulness technique on sleep disorders of people with multiple sclerosis. Based on the purpose, the current research was of applied type.

Materials and methods: The design of the current research was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The subjects were randomly divided into two experimental groups and one control group. The statistical population of the study was all people with MS in Tehran. To form the experimental and control groups using the purposeful sampling method, people present in the MS Association were selected based on the pre-test score in each of the variables and randomly replaced in three groups including two experimental groups and one control group (each group of 15 people). The standard questionnaire of the Petersburg sleep quality index was used to measure the research variables. Mindfulness therapy training sessions according to the protocol of Bayer (2006), and schema therapy according to the protocol proposed by Yang et al. (2003) were conducted by the researcher in 8 consecutive weeks for the experimental groups in 8 sessions, one session each week and each session lasting 90 minutes.

Findings: The results of multivariate covariance analysis showed that the effect of schema therapy and mindfulness technique on the dimensions of sleep disorders (mental quality of sleep, delay in falling asleep, sleep duration, sleep efficiency, sleep disorders, use of sleeping pills, functional disorders) is significant at the level ($p < 0.05$).

Conclusion: Also, the results showed that there is a significant difference between the effectiveness of the two approaches of schema therapy and mindfulness technique in terms of the effect on sleep disorders of people with multiple sclerosis and mindfulness technique compared to schema therapy in people with the disease. Multiple sclerosis is more effective.

Keywords: Mindfulness-Based Therapy, Schema Therapy, Sleep Disorders, Multiple Sclerosis.

مقایسه تأثیر طرح‌واره درمانی و تکنیک ذهن آگاهی بر اختلالات خواب در افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس

امید دین پرست^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

نرگس رسولی^{۲*}

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران (نویسنده مسئول).

سید ایمان قطب^۳

موسسه آموزش عالی غیردولتی-غیر انتفاعی شاندیز، مشهد، ایران.

نتیجه گیری: همچنین نتایج نشان داد که بین که بین اثربخشی دو رویکرد طرح‌واره درمانی و تکنیک ذهن آگاهی از نظر تأثیر بر اختلالات خواب افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس تفاوت معنی دار وجود دارد و تکنیک ذهن آگاهی نسبت به طرح‌واره درمانی در افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس اثربخش‌تر است.

کلیدواژه ها: درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، طرح‌واره درمانی، اختلالات خواب، مولتیپل اسکلروزیس.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۱۱

*نویسنده مسئول narges.rasouli@yahoo.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ (مولتیپل اسکلروزیس) یک بیماری مزمن و پیش رونده سیستم اعصاب مرکزی است که سومین عامل ناتوانی‌های عصبی محسوب می‌شود. در این بیماری، دستگاه ایمنی بدن فرد مبتلا، علیه بافت عصبی خود واکنش التهابی نشان داده و موجب میلین زدایی بافت می‌شود. میزان ابتلا به این بیماری در ایران، به رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی‌ها (۳-۵ در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر) در حال افزایش است. طبق گزارش انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت شده‌اند (۱). دامنه سن شروع بیماری از ۹ سال و ۲ ماه الی ۶۷ سال و ۱۰ ماه گزارش شده است. بیماری مولتیپل اسکلروزیس به علت مزمن بودن و شیوع آن در افراد جوان جامعه، می‌تواند تأثیر عمیقی بر فعالیت‌های روزانه زندگی شخص بگذارد و مشکلات عمده‌ای در زمینه اقتصادی و اجتماعی، مشکلات خانوادگی ایجاد کند. مولتیپل اسکلروزیس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با دمی‌لینه شدن نورون‌های عصبی همراه است. قطعات دمی‌لینه شده حاصل از بیماری، سراسر ماده سفید را فرا می‌گیرد و در نتیجه کنش‌وری حسی و حرکتی فرد را مختل می‌سازد. ناتوانی ناشی از بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر کارآمدی و سلامت روانی این بیماران تأثیر می‌گذارد؛ برای مثال، حدود ۶۰-۵۰ درصد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از افسردگی و حدود ۴۰-۲۰ درصد آن‌ها از اضطراب رنج می‌برند. افراد دارای بیماری مولتیپل اسکلروزیس به دلیل مشکلات جسمانی و فشار روانی حاصل از بیماری مانند احساس سربار بودن، توانایی کنترل هیجانات خود را ندارند، از این رو درک و شناخت آن‌ها از خود و جهان پیرامونشان تغییر پیدا می‌کند و تبدیل به عاملی ناسازگار می‌گردد که به دلیل افسردگی، پرخاشگری، واکنش عاطفی نامناسب و استرس، توانایی تنظیم هیجان خود را به منظور مدیریت و چگونگی ابراز صحیح آن‌ها ندارند. بر مبنای مطالعات تجربی، میزان بالای اضطراب، افسردگی و پریشانی، کیفیت پایین زندگی و بهزیستی فاعلی، مشکلات نقش و روابط اجتماعی در این بیماران

چکیده

هدف: مولتیپل اسکلروزیس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با دمی‌لینه شدن نورون‌های عصبی همراه است. ناتوانی ناشی از بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر کارآمدی و سلامت روانی این بیماران تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر طرح‌واره درمانی و تکنیک ذهن آگاهی بر اختلالات خواب افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس انجام شده است. بر اساس هدف، پژوهش حاضر از نوع کاربردی بوده است.

مواد و روش ها: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد مبتلا به بیماری MS شهر تهران بود. برای تشکیل گروه آزمایش و کنترل با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند، از افراد حاضر در انجمن MS بر اساس نمره پیش‌آزمون در هر یک از متغیرها انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). برای اندازه گیری متغیرهای پژوهش از پرسشنامه استاندارد شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ استفاده شد. جلسات آموزشی درمان ذهن آگاهی طبق پروتکل بابر (۲۰۰۶)، و طرح‌واره درمانی بر اساس پروتکل پیشنهادی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) در ۸ هفته پیاپی برای گروه‌های آزمایش در ۸ جلسه، هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر اجرا شد.

یافته ها: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که تأثیر طرح‌واره درمانی و تکنیک ذهن آگاهی بر ابعاد اختلالات خواب (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی) در سطح ($p < 0.05$) معنی دار است.

¹ Multiple Sclerosis

آگاهی بالا، در زمان مواجهه با رویدادهای مختلف زندگی، پاسخ‌ها و رفتارهای غیر قضاوتی داشته و در تصمیم‌گیری، افکار، باورها، هیجان‌ها و رفتارهایی که زمینه و ایجادکننده پریشانی ذهنی آن‌ها شود را رها می‌کنند. با توجه به این که افراد تمایلی به قرار گرفتن در شرایط پریشان‌کننده ندارند، راهبردهای مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند جایگاه مؤثری در کمک به افراد داشته باشد. به عبارتی راهبردهای ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند که تحمل پریشانی در آن‌ها افزایش یابد و نوعی خودتنظیمی و سازگاری و عملکردی مؤثر در شرایط مختلف در افراد را افزایش دهد. ذهن آگاهی در ابتدای فعالیت خود در حوزه پیشگیری از افسردگی و گسترش آن کاربرد داشته است، اما به مرور زمان کاربردی گسترده‌تر در حوزه‌های اضطراب، اختلال خلق، سلامت روانی و در نهایت درمان مشکلات خواب یافته است (۹). به علاوه، ذهن آگاهی موجب هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه، حالت‌های روان‌شناختی مثبت و بهبود قابلیت‌های فردی در جهت انجام فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود (۱۰). افراد ذهن آگاه توانایی زیادی در مواجهه با طیف وسیعی از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌های خوشایند یا ناخوشایند دارند. همچنین، افرادی که سطوح بالاتر ذهن آگاهی را نشان می‌دهند، تفکرات خودآیند منفی کمتری دارند و معتقدند که قادرند خود را از چنین تفکراتی رها کنند. تعاریف مختلف از ذهن آگاهی، سه ویژگی اساسی را منعکس می‌کنند: الف) توجه و آگاهی متمرکز بر زمان حال که به معنای بودن در حال حاضر و هم اکنون است و در این شرایط فرد می‌تواند تشخیص دهد که دقیقاً چه امکاناتی وجود دارد، چه طور می‌تواند به امکانات دسترسی داشته باشد و چگونه تغییر شکل و رشد کند. ب) قصد یا هدفمندی که مؤلفه انگیزشی را به توجه و رفتار شخص اضافه می‌کند. در این شرایط وقتی فرد درمی‌یابد که ذهن دائماً در حال تعبیر و تفسیر است، قادر می‌شود با دقت بیشتری به افکار خود توجه کند، ج) نگرش که نحوه توجه کردن فرد را نشان می‌دهد، یا وضعیتی که شخص در هنگام توجه کردن دارد؛ نظیر علاقه، کنجکاوی، عدم قضاوت، پذیرش و پاسخ‌دهنده بودن. به کمک این ویژگی است که فرد هیچ‌گونه قضاوت پیش‌دوری نسبت به درست و نادرست بودن اتفاقات اطرافش ندارد.

با توجه به بالا بودن اضطراب و افسردگی در بیماران مولتیپل اسکروزیس، نتایج تحقیقات لَمپ^۱ نشان می‌دهد که عوامل شناختی، اختلال اضطراب را حفظ می‌کنند و نوعی از عوامل شناختی که در تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارند، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هستند. طرح‌واره‌ها، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره‌ها، هیجان، شناخت واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند. در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته، به عنوان الگوهای برای پردازش تجربیات بعدی به کار گرفته شده (۱۱). و می‌تواند استرس، نگرش ناکارآمد، سبک تبیینی بدبینانه، ناامیدی و درماندگی را در موقعیت‌ها و رویدادهای مختلف زندگی فعال کند و منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روان‌شناختی نظیر بی‌خوابی، اضطراب، عدم توانایی

مشاهده می‌گردد. این علائم روانی می‌تواند ناشی از تأثیرات مستقیم التهاب و تخریب غلاف عصبی بوده و یا ناشی از ناتوانی‌ها و مسائل روانی اجتماعی منتج از یک بیماری مزمن ناتوان‌کننده و با علت نامشخص، پیش‌آگهی نامعلوم و دوره‌های عود غیر قابل پیش‌بینی باشد. تحقیقات بیانگر آن بوده است که عوامل روان‌شناختی اغلب پیش‌بینی‌کننده‌های بهتری برای تفاوت‌های موجود در سازگاری با بیماری هستند تا عوامل بیماری هم‌چون شدت نشانگان، طول مدت بیماری، میزان ناتوانی عصب‌شناختی و مواردی از این قبیل (۲).

از طرفی کیفیت خواب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس همیشه یکی از موارد مهم بوده است و اختلالات شایع در مورد خواب در بسیاری از آنها دیده می‌شود. این هم به این خاطر است که فیبرهای عصبی مغز و نخاع بیماران ام‌اس تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرد. هر فیبر عصبی، توسط یک پوشش پروتئینی به نام میلین، که از اعصاب محافظت می‌کند، احاطه شده است و به سیگنال‌های الکتریکی مغز کمک می‌کند تا سریع‌تر به بقیه بدن فرستاده شوند. در بیماران ام‌اس، میلین فیبرهای عصبی آن‌ها آسیب دیده و باعث اختلال در انتقال این سیگنال‌های عصبی شده و طیف گسترده‌ای از مشکلات از جمله تاری دید یا دوبینی، بی‌حسی یا سوزن سوزن شدن، اسپاسم، از دست دادن تعادل و اختلالات خواب شایع را در بیماران ام‌اس به وجود می‌آورد. از سالیان دور، خواب به عنوان یک نیاز اساسی مورد توجه قرار گرفته است و در حوزه‌های مختلفی چون پزشکی، روان‌پزشکی و فیزیولوژی به آن پرداخته شده است (۳). خواب مناسب می‌تواند میزان اضطراب و ناراحتی‌های روانی را کاهش داده و در فعالیت‌های روزمره افراد و موقعیت‌هایی که نیاز به تمرکز دیده می‌شود، یک مؤلفه مؤثر و کارآمد تلقی شود. این در حالی است که نداشتن خواب مطلوب، منجر به ایجاد خستگی، خواب‌آلودگی فرد در طول روز شده و حتی در تمرکز فرد نیز اختلال ایجاد می‌کند (۴). اختلالات خواب گروهی از اختلالات روان‌پزشکی هستند که در بررسی سلامت عمومی و بالینی جامعه از اهمیت بالایی برخوردار هستند (۵). مشکلات خواب تأثیرات مستقیم یا غیر مستقیم وسیعی بر عملکرد روزانه، کیفیت زندگی و بهره‌وری افراد دارد. بی‌خوابی‌های مزمن به عنوان یکی از انواع شایع اختلالات خواب، سالانه تعداد زیادی از مردم را در سراسر دنیا مبتلا کرده است و بر روابط بین فردی آن‌ها در خانواده و اجتماع تأثیر می‌گذارد (۶). کیفیت خواب یک پدیده پیچیده است که تعریف آن مشکل و سنجش آن ذهنی است (۷). متغیرهای تشکیل‌دهنده کیفیت خواب و میزان اهمیت آن‌ها نیز ممکن است در افراد مختلف، متفاوت باشد. کیفیت خواب از شاخص‌های ذهنی مربوط به چگونگی تجربه خواب تشکیل می‌شود، مانند رضایت از خواب و احساسی که پس از برخاستن از خواب ایجاد می‌شود (۸).

در سال‌های اخیر برای درمان اختلال‌های خواب و اضطراب‌ها از روش‌های مختلفی استفاده شده است که روش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بسیار کاربردی‌تر بوده است. ذهن آگاهی به معنی در زمان حال بودن و آگاه بودن از زمان حال با پذیرش بوده که افراد با ذهن

¹ Lamp

از ذهنیت‌ها در این حالت‌ها استفاده کردند، اما به هر حال مدل طرح‌واره درمانی را برای درمانگر و بیمار پیچیده‌تر کرد (۱۷) از سوی دیگر تکنیک ذهن آگاهی غالباً در مراقبه و انواع خاصی از درمان استفاده می‌شود چرا که فواید مثبت زیادی دارد، از جمله کاهش سطح استرس، کاهش شایعات و مضرات و محافظت در برابر افسردگی و اضطراب. همچنین یک ذهن آگاه به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که باعث اضطراب و استرس می‌شود شناسایی کنند، شناخت بهتری نسبت به خود پیدا کرده، نقاط ضعف و قوت خود را بشناسند و سپس راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با این موقعیت‌ها را بیاموزند. استرس^۱، به عنوان تقاضایی بیش از توانایی فرد برای مقابله با مسائل پیشرو یا هرگونه فشاری که بر ذهن و جسم وارد می‌شود، مطرح شده است، اغلب افراد روزانه استرس را تجربه خواهند کرد منشاء تنیدگی می‌تواند رویدادی باشد که به فرد احساس عجز داده یا او را عصبی می‌کند. زمانیکه فرد دچار تنیدگی می‌شود، بدن او شروع به ترشح هورمون‌هایی می‌کند که سرعت تپش قلب را بالا برده، تنفس را سریع‌تر کرده و میزان انرژی بیشتری به او می‌دهد. همچنین این هورمون‌ها به مغز هشدار داده و باعث می‌شوند عضلات منقبض شده و ضربان قلب افزایش یابد. در کوتاه مدت این واکنش‌ها خوب است چرا که به فرد در کنترل شرایط تنش‌زا کمک خواهند کرد به عبارتی می‌تواند روش بدن شما برای محافظت از خود باشد. پژوهش روند درمان ترکیبی طرح‌واره درمانی با تکنیک ذهن آگاهی به این صورت است که ابتدا درمانجو با ماهیت و مفاهیم طرح‌واره درمانی نظیر شناخت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نحوه شکلگیری و پایداری آن و همچنین رفتارهای دفاعی و مقابله‌ای خود، در طول جلسات آشنا می‌شود و در ادامه با انجام مهارت‌های توجّه آگاهی از تکنیک ذهن آگاهی به تأثیری که طرح‌واره‌ها بر ادراک او از روابطی که دارد و احساس‌های ناخوشایندی که بعد از آن تجربه می‌کند و در پی آنها رفتاری که انجام می‌دهد، تمرکز می‌کند تا به این شکل در کنار آگاهی از نحوه تخریب روابطش به یک بی‌زاری از ادامه راه قبلی و به فکر شروع یک مسیر نو برسد (۱۸). در این قسمت از درمان راهبردهای شناختی و تجربه‌ای طرح‌واره درمانی با توجّه آگاهی از تکنیک ذهن آگاهی تلفیق شده‌اند. سپس در ادامه درمان درمانجو با مفهوم گسلس که از تکنیک ذهن آگاهی است آشنا می‌شود تا خود را از بند افکار و هیجان‌ناشی از طرح‌واره‌ها رها سازد. در اینجا مهارت‌های الگوشکنی رفتاری از طرح‌واره درمانی با توجّه آگاهی و گسلس از درمان تکنیک ذهن آگاهی در راستای یک هدف مشترک یعنی رهایی از طرح‌واره‌ها به کمک هم می‌آیند. در این مرحله درمانگر، درمانجو را با ماهیت و مفهوم ارزش آشنا می‌کند تا او بتواند مسیر نو خود را بر اساس ارزش‌های شخصی کشف کند. در اینجا به طور ضمنی درمانگر و در گروه درمانی دیگر اعضای گروه به عنوان الگو ممکن است قرار گیرند، در این قسمت از درمان مهارت الگوهای روابط بین فردی از طرح‌واره درمانی در کنار قسمت ارزش‌ها از تکنیک ذهن آگاهی در کنار هم قرار می‌گیرند. در پایان درمانجو باید بر فشارهایی که

شغلی، سوء مصرف مواد، تعارضات بین فردی، اختلال‌های شخصیت و بسیاری از اختلال‌های مزمن روانی شوند (۱۲). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب اجتماعی رابطه وجود دارد و افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی طرح‌واره‌هایی در حوزه‌های مختلف طرح‌واره‌ها دارند (۱۳). طرح‌واره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری سنتی بنا شده است و اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی، روابط شیء، گشتالت، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است (۱۴). مفهوم کلیدی این رویکرد «طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه» است. طرح‌واره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین فردی، بیمار را در غلبه بر طرح‌واره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیه‌ی این مدل روان درمانی، ایجاد آگاهی روان شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (۱۵). در واقع طرح‌واره درمانی، اصول و مبانی رویکردهای شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، ساختارگرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل مفهومی و درمانی، تلفیق کرده است. در شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار، خلق و خوی ذاتی فرد با تجارب ارتباطی ناگوار اولیه، ترکیب می‌شوند (۱۶). در روش درمانی یانگ، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، آماج اصلی اختلالات شخصیت است. این طرح‌واره‌ها معمولاً در سطوح عمیق و خارج از آگاهی فرد عمل می‌کنند و باعث آسیب‌پذیری روانشناختی در برابر اضطراب، افسردگی، روابط ناکارآمد می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد طرح‌واره درمانی می‌تواند با کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، در بهبود روابط بین فردی افراد با الگوهای اختلالات شخصیت مرزی تأثیرات مثبتی بگذارد. اما این درمان نیز در عین حال که درمان کاملی برای بیمار مرزی است، محدودیت‌های خاص خود را دارا است. بهبود طرح‌واره نیازمند داشتن اراده‌ای قوی برای چالش با طرح‌واره شکل گرفته است. در واقع بهبود طرح‌واره یک ایده آل است چرا که اکثر طرح‌واره‌ها به طور کامل بهبود پیدا نمی‌کنند و نمی‌توانیم خاطرات همراه با آن را به طور کامل ریشه کن کنیم. طرح‌واره‌ها هرگز از بین نمی‌روند و بر اثر درمان از شدت و فعال شدن آنها کاسته می‌شود. در طرح‌واره درمانی تعداد جلسات زیاد است و در نتیجه هزینه بالایی برای بیمار دارد. همانطور که پیش‌تر گفته شد، این درمان ترکیبی است از روان‌درمانی‌های دیگر که مؤید پیچیدگی آن است و در نتیجه انرژی زیادی از درمانگر و بیمار می‌گیرد و این درمان را زمانبر، پرهزینه و چالش برانگیز می‌کند. علاوه بر تمام آنچه که تاکنون گفته شد، کار با افرادی که ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی دارند به علت گرایش این افراد به تغییر از یک حالت عاطفی به حالت دیگر با دشواری روبه‌رو است و به همین دلیل مفهوم ذهنیت‌ها وارد درمان شد و درمانگران

¹ stress

برای تشکیل گروه آزمایش و کنترل با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند^۱، از افراد حاضر در انجمن MS بر اساس نمره پیش‌آزمون در هریک از متغیرها انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش بر اساس پروتکل درمانی از این قرار تعیین شد: ثبت شدن در انجمن ام اس برای بیماری مولتیپل اسکلروزیس، داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه، توانایی خواندن و نوشتن، شرکت در جلسات آموزشی (گروه آزمایش) و همچنین عدم ابتلا به اختلالات حاد روانشناختی و یا بیماری‌های مزمن. همچنین برحسب پیش‌شرط‌های پروتکل درمانی معیارهای خروج از پژوهش شامل شرکت داشتن همزمان در سایر جلسات مشاوره‌ای، غیبت دو جلسه یا بیشتر از جلسات آموزشی، عدم تمایل به شرکت در جلسات خواهد بود. با در نظر گرفتن این ملاک‌ها ۳۰ نفر از افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس برای شرکت در مطالعه انتخاب خواهند شد. در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به ادبیات موضوع و پیشینه تحقیق از مطالعات کتابخانه‌ای استفاده شده است. برای بررسی "مقایسه تأثیر طرح‌واره درمانی و تکنیک ذهن‌آگاهی بر اختلالات خواب در افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس" از روش میدانی با توزیع پرسشنامه استفاده شد.

شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ (PSQI): این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۲۱ است و توسط بویس و همکاران طراحی شده است (۱۹) این پرسشنامه دارای هفت مؤلفه کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی روزانه است و نمره بالاتر از پنج در آن نشان دهنده بی‌خوابی و کیفیت خواب نامناسب است. کارپنتر و اندریکوسکی^۲، آلفای کرونباخ ۰/۸۰ را برای این مقیاس گزارش کردند. همچنین در مطالعه بکهاسوس و جونگهانس^۳، پایایی بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد. در ایران نیز این پرسشنامه در جمعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است و ویژگی‌های روان‌سنجی آن قابل قبول گزارش شده است. برای مثال مکرمی و همکاران الفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. پروتکل ذهن‌آگاهی: پروتکل برنامه درمانی طبق پروتکل بایر، که در تحقیقات مختلفی مورد مطالعه قرار گرفته است و نتایج حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر مشکلات روانشناختی می‌باشد اجرا شد. تعداد جلسات آموزشی برای گروه آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش گروهی بود که هفته‌ای یکبار توسط محقق طرح خواهد شد. خلاصه جلسات به شرح ذیل می‌باشد:

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها گزارش شده‌اند.

طرح‌واره‌ها وارد می‌کنند تا او بر اساس رفتارهای عادت‌گونه قبلی خود عمل کند، مقاومت کرده و در مسیری که بر مبنای ارزش شخصی تعیین کرده رفتار کند، یعنی باید رنج حاصل از فشار طرح‌واره‌ها را بپذیرد و در عین حال به انتخاب جدید خود آگاه باشد. در اینجا الگوهای روابط بین فردی و الگو شکنی رفتاری از طرح‌واره درمانی در کنار تکنیک ذهن‌آگاهی به کمک یکدیگر می‌آیند. به زبان دیگر می‌توان گفت تکنیک ذهن‌آگاهی با ماهیت انعطاف‌پذیر خود، شکاف‌های موجود در طرح‌واره درمانی را پر می‌کند و درمانی را می‌سازد که در عین غنی بودن، آسان نیز هست و ماهیت منعطف خود خلأقیّت درمانگر را متناسب با روندی که در جلسه اتفاق می‌افتد، افزایش می‌دهد. در تحقیق حاضر این درمان بطور گروهی انجام شد. گروه درمانی در این پژوهش از مزایای خاصی برخوردار است زیرا به افراد حاضر در گروه کمک می‌کند تا اثر بازتابی رفتارهای طرح‌واره خواست خود را بهتر ببینند و از سوی دیگر با برانگیختن حس همدلی به درمانگر و فردی که مشکل خود را مطرح می‌کند در دادن راه حل و بارش فکری کمک می‌کند و در نهایت گروه می‌تواند نمادی از جامعه باشد که افراد در بستر آن دچار مشکلات بین فردی هستند بنابراین به سهولت بیشتری می‌توانند تمرین رفتارهای مناسب در جامعه را انجام دهند.

مواد و روش‌ها

با توجه به ماهیت پژوهش که مستلزم اندازه‌گیری و بررسی دقیق مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرح‌واره درمانی و تکنیک ذهن‌آگاهی بر اختلالات خواب در افراد مبتلا به بیماری مولتیپل-اسکلروزیس می‌باشد، از رویکرد کمی استفاده می‌شود. بر اساس هدف نیز تحقیق حاضر از نوع تحقیق کاربردی است. طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. سپس با دستکاری متغیر مستقل یعنی ارائه طرح‌واره درمانی و تکنیک ذهن‌آگاهی به گروه‌های آزمایش، تأثیر آن بر متغیر وابسته، اختلالات خواب مشاهده و بررسی شد. قبل از شروع آموزش پیش‌آزمون از گروه‌های آزمایش و همچنین گروه کنترل به عمل آمد. سپس طرح‌واره درمانی و تکنیک ذهن‌آگاهی در دو گروه آزمایش به اجرا گذارده شد. بعد از اجرای آموزش پس‌آزمون روی گروه‌های آزمایش اجرا گردید تا تفاوت حاصل از متغیر مستقل روی گروه آزمایش بدست آید. همچنین جهت مقایسه آنها با گروه کنترل، پس‌آزمونی نیز از گروه کنترل به عمل آمد.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری MS شهر تهران بود. نمونه تحقیق از میان اعضای انجمن افراد مبتلا به ام اس در شهر تهران انتخاب شدند. با در نظر گرفتن احتمال ریزش آزمودنی‌ها در هر گروه برای هر گروه تعداد ۱۵ نفر برآورد شد.

³ Beckhouse and Junghans

¹ Targeted Sampling

² Carpenter and Andrikovsky

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیر اختلالات خواب به تفکیک گروه‌های آزمایش (تکنیک ذهن‌آگاهی، طرح‌واره درمانی و کنترل (N۴۵=)

گروه	آزمون‌ها		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	متغیر	M	SD	M	SD	M
گروه آزمایش ذهن‌آگاهی	کیفیت ذهنی خواب	۲/۵۳	۰/۹۹	۰/۵۳	۰/۶۴	
	تأخیر در به خواب رفتن	۴/۲۰	۱/۴۲	۰/۸۷	۰/۹۱	
	مدت زمان خواب	۱/۹۳	۱/۰۳	۰/۵۳	۰/۶۴	
	میزان بازدهی خواب	۵/۸۰	۱/۹۷	۱/۰۷	۱/۲۲	
	اختلالات خواب	۱۷/۲۷	۳/۷۷	۳/۸۷	۴/۴۵	
	استفاده از داروهای خواب آور	۲/۲۷	۱/۰۳	۰/۶۰	۰/۶۳	
	اختلالات عملکردی روزانه	۳/۲۰	۱/۶۶	۰/۵۳	۰/۸۳	
	نمره کلی اختلالات خواب	۳۷/۲۰	۵/۸۷	۸	۴/۷۳	
	کیفیت ذهنی خواب	۲/۴۰	۰/۹۸	۱/۲۷	۰/۸۰	
	تأخیر در به خواب رفتن	۴/۲۷	۱/۴۴	۲/۲۷	۱/۸۷	
گروه آزمایش طرح‌واره درمانی	مدت زمان خواب	۲	۱/۱۳	۱/۲۰	۰/۷۷	
	میزان بازدهی خواب	۵/۸۷	۲/۰۶	۳/۲۷	۱/۶۷	
	اختلالات خواب	۱۷/۱۳	۳/۷۰	۱۰/۳۳	۴/۳۲	
	استفاده از داروهای خواب آور	۲/۲۰	۱/۰۱	۱/۳۳	۰/۷۲	
	اختلالات عملکردی روزانه	۳/۱۳	۱/۸۸	۲	۱/۵۶	
	نمره کلی اختلالات خواب	۳۷	۵/۲۵	۲۱/۶۷	۴/۴۳	
	کیفیت ذهنی خواب	۲/۳۳	۱/۰۴	۲/۱۳	۱/۱۲	
	تأخیر در به خواب رفتن	۴/۵۳	۱/۵۰	۴/۶۰	۱/۳۵	
	مدت زمان خواب	۲/۲۰	۰/۷۷	۲/۰۷	۰/۵۹	
	میزان بازدهی خواب	۵/۳۳	۲/۲۸	۵/۷۳	۲/۳۷	
کنترل	اختلالات خواب	۱۷/۳۳	۴/۴۱	۱۷	۴	
	استفاده از داروهای خواب آور	۲/۲۷	۰/۸۸	۲/۱۳	۰/۸۳	
	اختلالات عملکردی روزانه	۳/۱۳	۱/۷۳	۳/۹۳	۱/۷۵	
	نمره کلی اختلالات خواب	۳۷/۱۳	۶/۴۰	۳۷/۶۰	۶/۱۳	

متغیرهای مزاحم است و یا حاصل از متغیرهای مستقل (تکنیک ذهن‌آگاهی یا طرح‌واره درمانی) نیاز به بهره‌گیری از یافته‌های آمار استنباطی است.

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، بین میانگین آزمودنی‌هایی که در گروه آزمایش قرار داشته‌اند نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون اختلالات خواب تفاوت وجود دارد. حال برای بررسی این‌که تغییرات ایجاد شده حاصل خطاهای اندازه‌گیری و یا

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیر اختلالات خواب

گروه	آزمون‌ها		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	متغیر	Z	P	Z	P	Z
گروه آزمایش ذهن‌آگاهی	کیفیت ذهنی خواب	۱/۱۳۶	۰/۰۸۹	۱/۲۸۲	۰/۰۷۵	
	تأخیر در به خواب رفتن	۰/۹۵۳	۰/۳۲۳	۰/۹۳۸	۰/۳۴۳	
	مدت زمان خواب	۰/۹۶۵	۰/۳۰۹	۱/۲۸۲	۰/۰۷۵	
	میزان بازدهی خواب	۰/۹۹۸	۰/۲۷۳	۰/۹۸۸	۰/۲۸۳	
	اختلالات خواب	۰/۶۸۶	۰/۷۳۴	۱/۲۰۲	۰/۱۱۱	
	استفاده از داروهای خواب آور	۱/۱۱۷	۰/۱۰۹	۱/۱۴۴	۰/۱۴۶	
	اختلالات عملکردی روزانه	۰/۸۴۷	۰/۴۶۹	۰/۸۸۰	۰/۴۲۱	
	نمره کلی اختلالات خواب	۰/۶۳۱	۰/۸۲۱	۱/۰۹۶	۰/۱۸۱	
	کیفیت ذهنی خواب	۱/۱۱۲	۰/۱۵۱	۱/۱۱۳	۰/۱۶۸	

گروه آزمایش طرح‌واره درمانی	گروه کنترل	تأخیر در به خواب رفتن	مدت زمان خواب	میزان بازدهی خواب	اختلالات خواب	استفاده از داروهای خواب آور	اختلالات عملکردی روزانه	نمره کلی اختلالات خواب	کیفیت ذهنی خواب	تأخیر در به خواب رفتن	مدت زمان خواب	میزان بازدهی خواب	اختلالات خواب	استفاده از داروهای خواب آور	اختلالات عملکردی روزانه	نمره کلی اختلالات خواب
۰/۸۶۹	۰/۵۹۶	۰/۴۲۵	۰/۸۷۷	۰/۱۹۷	۰/۷۷۸	۱/۰۷۶	۰/۷۷۸	۰/۷۷۶	۰/۲۱۹	۰/۸۸۴	۰/۹۶۵	۰/۶۴۶	۰/۵۸۸	۱/۲۷۸	۰/۸۷۳	۰/۳۷۶
۰/۳۰۹	۰/۹۶۵	۰/۱۹۷	۱/۰۷۶	۰/۵۸	۰/۶۵۰	۱/۲۳۲	۱/۰۷۴	۰/۷۷۶	۱/۰۱۲	۰/۴۱۵	۱/۳۳۵	۰/۷۹۸	۰/۵۸۸	۰/۹۷۱	۰/۴۳۱	۰/۸۹۹
۰/۵۶۵	۰/۷۸۷	۰/۵۸	۰/۷۷۸	۰/۶۵۰	۰/۹۵۱	۱/۱۱۶	۰/۱۹۹	۰/۷۷۶	۱/۰۱۲	۰/۴۱۵	۱/۳۳۵	۰/۷۹۸	۰/۵۸۸	۰/۹۷۱	۰/۴۳۱	۰/۸۹۹
۰/۱۶۶	۱/۱۱۶	۰/۰۹۶	۱/۲۳۲	۰/۲۱۴	۱/۰۵۷	۱/۰۵۷	۰/۱۹۹	۰/۷۷۶	۰/۲۱۹	۰/۸۸۴	۰/۹۶۵	۰/۶۴۶	۰/۵۸۸	۱/۲۷۸	۰/۸۷۳	۰/۳۷۶
۰/۴۰۸	۰/۸۸۹	۰/۵۸۴	۰/۷۷۶	۰/۲۱۹	۰/۴۰۸	۰/۴۰۸	۰/۷۷۶	۰/۷۷۶	۰/۲۱۹	۰/۸۸۴	۰/۹۶۵	۰/۶۴۶	۰/۵۸۸	۱/۲۷۸	۰/۸۷۳	۰/۳۷۶
۰/۲۱۹	۱/۰۱۲	۰/۲۰۱	۱/۰۶۴	۰/۲۵۵	۱/۰۱۵	۰/۲۵۵	۰/۴۱۵	۰/۷۷۶	۰/۲۱۹	۰/۸۸۴	۰/۹۶۵	۰/۶۴۶	۰/۵۸۸	۱/۲۷۸	۰/۸۷۳	۰/۳۷۶
۰/۲۵۵	۱/۰۱۵	۰/۴۱۵	۰/۸۸۴	۰/۲۵۵	۱/۰۱۵	۰/۲۵۵	۰/۴۱۵	۰/۷۷۶	۰/۲۱۹	۰/۸۸۴	۰/۹۶۵	۰/۶۴۶	۰/۵۸۸	۱/۲۷۸	۰/۸۷۳	۰/۳۷۶
۰/۰۵۷	۱/۳۳۵	۰/۳۰۹	۰/۹۶۵	۰/۰۵۷	۱/۳۳۵	۰/۳۰۹	۰/۹۶۵	۰/۷۷۶	۰/۲۱۹	۰/۸۸۴	۰/۹۶۵	۰/۶۴۶	۰/۵۸۸	۱/۲۷۸	۰/۸۷۳	۰/۳۷۶
۰/۷۸	۰/۶۵۸	۰/۷۹۸	۰/۶۴۶	۰/۷۸	۰/۶۵۸	۰/۷۹۸	۰/۶۴۶	۰/۷۷۶	۰/۲۱۹	۰/۸۸۴	۰/۹۶۵	۰/۶۴۶	۰/۵۸۸	۱/۲۷۸	۰/۸۷۳	۰/۳۷۶
۰/۵۹۴	۰/۷۷۰	۰/۸۷۹	۰/۵۸۸	۰/۵۹۴	۰/۷۷۰	۰/۸۷۹	۰/۵۸۸	۰/۷۷۶	۰/۲۱۹	۰/۸۸۴	۰/۹۶۵	۰/۶۴۶	۰/۵۸۸	۱/۲۷۸	۰/۸۷۳	۰/۳۷۶
۰/۳۰۲	۰/۹۷۱	۰/۰۷۶	۱/۲۷۸	۰/۳۰۲	۰/۹۷۱	۰/۰۷۶	۱/۲۷۸	۰/۷۷۶	۰/۲۱۹	۰/۸۸۴	۰/۹۶۵	۰/۶۴۶	۰/۵۸۸	۱/۲۷۸	۰/۸۷۳	۰/۳۷۶
۰/۳۱۲	۰/۹۶۳	۰/۴۳۱	۰/۸۷۳	۰/۳۱۲	۰/۹۶۳	۰/۴۳۱	۰/۸۷۳	۰/۷۷۶	۰/۲۱۹	۰/۸۸۴	۰/۹۶۵	۰/۶۴۶	۰/۵۸۸	۱/۲۷۸	۰/۸۷۳	۰/۳۷۶
۰/۹۵۴	۰/۵۰۷	۰/۸۹۹	۰/۳۷۶	۰/۹۵۴	۰/۵۰۷	۰/۸۹۹	۰/۳۷۶	۰/۷۷۶	۰/۲۱۹	۰/۸۸۴	۰/۹۶۵	۰/۶۴۶	۰/۵۸۸	۱/۲۷۸	۰/۸۷۳	۰/۳۷۶

پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار نمی‌باشد ($p < 0.05$). بنابراین با توجه به این یافته‌های غیر معنی‌دار می‌توان گفت که واریانس متغیرها در گروه‌ها برابر می‌باشد. نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس‌های متغیرهای وابسته در گروه‌ها گزارش شده‌اند. با توجه به جدول ۱۰، آماره F آزمون ام‌باکس (۱/۰۹۲) معنی‌دار نمی‌باشد ($p < 0.05$). این یافته نشان می‌دهد ماتریس کوواریانس‌های متغیرهای وابسته در گروه‌ها همگن می‌باشد. در جدول ۱۱، نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا رابطه بین متغیرهای وابسته گزارش شده‌است. با توجه به جدول ۱۱ آماره χ^2 بارتلت برای بررسی معنی‌داری همبستگی متغیرهای وابسته ۲۸۱/۱۸۹ می‌باشد که در سطح ۰.۰۰۱ معنی‌دار است. بنابراین رابطه معنی‌داری بین این متغیرها وجود دارد. در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌ها در اختلالات خواب با کنترل اثرات پیش‌آزمون گزارش شده‌است.

با توجه به جدول ۲ در مورد نرمال بودن توزیع نرمال متغیر اضطراب وجودی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و با توجه به دو گروه آزمایش و کنترل، نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای هیچ یک از ابعاد اضطراب وجودی معنی‌دار نبوده‌است ($P > 0.05$). بنابراین، می‌توان استنباط نمود که توزیع متغیر اختلالات خواب برای گروه‌های آزمایش و کنترل از مفروضه نرمال بودن تبعیت می‌کند. با توجه به اینکه اختلالات خواب شامل ۷ مؤلفه است برای پاسخگویی به فرضیه‌های تحقیق از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده گردید. نتایج جدول ۸ نشان می‌دهند که مقدار لامبدای ویلکز برای تعامل بین متغیرهای کنترل و عضویت گروهی (۰/۵۱۸) و آماره F نیز (۱/۳۵۹) می‌باشد که معنی‌دار نیست ($p > 0.05$). با توجه به این یافته می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون ابعاد اختلالات خواب در دو گروه کنترل و آزمایش برابر می‌باشد. در نتایج آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش در گروه‌ها گزارش شده‌اند. با توجه به جدول ۹، آماره F آزمون لوین برای تمامی متغیرها در

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به اختلالات خواب دو گروه آزمایش و کنترل

آزمون	مقدار	F	سطح معنی‌داری
لامبدای ویلکز	۰/۱۳۲	۷/۲۶۷	۰/۰۰۱

معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی اینکه دو گروه آزمایش و کنترل در کدام یک از ابعاد اختلالات خواب با یکدیگر تفاوت دارند، در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس یک راهه گزارش شده‌است.

با توجه به جدول شماره ۳ لامبدای ویلکز تفاوت گروه‌ها در اختلالات خواب (۰/۱۳۲) می‌باشد. آماره F نیز ۷/۲۶۷ است که در سطح ۰.۰۰۱ معنی‌دار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که بین دو گروه آزمایش و کنترل در اختلالات خواب تفاوت

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس یک راهه تفاوت گروه آزمایش و کنترل در اختلالات خواب

حیطه	مجموع مجذورات آزمایشی	مجموع مجذورات خطا	میانگین مجذورات آزمایشی	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
کیفیت ذهنی خواب	۱۷/۸۷۰	۱۹/۰۹۵	۸/۹۳۵	۰/۵۴۶	۱۶/۳۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸۳
تأخیر در به خواب رفتن	۸۸/۷۵۱	۵۱/۷۴۱	۴۴/۳۷۵	۱/۴۷۸	۳۰/۰۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲
مدت زمان خواب	۱۶/۴۵۶	۱۵/۹۳۴	۸/۲۲۸	۰/۴۵۵	۱۸/۰۷۳	۰/۰۱	۰/۵۰۸
میزان بازدهی خواب	۱۵۸/۸۱۱	۱۰۸/۵۰۳	۷۹/۴۰۶	۳/۱۰	۲۵/۶۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹۴
اختلالات خواب	۱۲۰/۱/۵۲۳	۹۳۳/۹۲۱	۶۰۰/۷۶۲	۲۶/۶۸۳	۲۲/۵۱۴	۰/۰۱	۰/۵۶۳
استفاده از داروهای خواب آور	۱۶/۸۴۴	۱۵/۷۱۲	۸/۴۲۲	۰/۴۴۹	۱۸/۷۶۱	۰/۰۱	۰/۵۱۷
اختلالات عملکردی روزانه	۸۱/۸۹۹	۷۰/۶۲۷	۴۰/۹۵۰	۲/۰۱۸	۲۰/۲۹۳	۰/۰۱	۰/۵۳۷
نمره کلی اختلالات خواب	۶۵۸۵/۲۹۹	۱۸۲۷/۶۲۲	۳۲۹۲/۶۵۰	۴۴/۵۷۶	۷۳/۸۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۸۳

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در ابعاد اختلالات خواب (کیفیت خواب، ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی) تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل وجود دارد. برای بررسی اینکه میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس‌آزمون ابعاد اختلالات خواب (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی) پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش‌آزمون بیشتر است در جدول ۵ میانگین‌های تصحیح شده گزارش شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در ابعاد اختلالات خواب (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی) تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل وجود دارد. برای بررسی اینکه میانگین کدام یک از

جدول ۵. نتایج مقایسه‌های زوجی گروه‌های آزمایش و کنترل در اختلالات خواب

متغیرها	مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد برآورد	سطح معنی داری
کیفیت ذهنی خواب	طرح‌واره درمانی	۰/۷۲۷	۰/۲۱۷	۰/۰۳
	کنترل	-۱/۵۸۳	۰/۲۷۷	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی	-۰/۸۵۶	۰/۲۷۶	۰/۰۱
تأخیر در به خواب رفتن	طرح‌واره درمانی	-۱/۲۳	۰/۴۴۶	۰/۰۱
	کنترل	-۳/۵۰۳	۰/۴۵۵	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی	-۲/۱۷۳	۰/۴۵۴	۰/۰۰۱
مدت زمان خواب	طرح‌واره درمانی	-۰/۶۴۳	۰/۲۴۷	۰/۰۵
	کنترل	-۱/۵۱۶	۰/۲۵۳	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی	-۰/۸۷۳	۰/۲۵۲	۰/۰۱
میزان بازدهی خواب	طرح‌واره درمانی	-۲/۰۵۹	۰/۶۴۵	۰/۰۱
	کنترل	-۴/۷۱۳	۰/۶۵۹	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی	-۲/۶۵۳	۰/۶۵۷	۰/۰۰۱
اختلالات خواب	طرح‌واره درمانی	-۶/۴۱۰	۱/۸۹۳	۰/۰۱
	کنترل	-۱۲/۹۸۰	۱/۹۳۴	۰/۰۱
	طرح‌واره درمانی	-۶/۵۶۹	۱/۹۲۸	۰/۰۱
استفاده از داروهای خواب آور	طرح‌واره درمانی	-۰/۷۱۵	۰/۲۴۶	۰/۰۱۹
	کنترل	-۱/۵۳۷	۰/۲۵۱	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی	-۰/۸۲۲	۰/۲۵۰	۰/۰۱
اختلالات عملکردی روزانه	طرح‌واره درمانی	-۱/۴۰۹	۰/۵۲۱	۰/۰۳۱
	کنترل	-۳/۳۷۹	۰/۵۳۲	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی	-۱/۹۷۰	۰/۵۲۱	۰/۰۱
نمره کلی اختلالات خواب	طرح‌واره درمانی	-۱۳/۶۷۷	۲/۴۳۸	۰/۰۰۱
	کنترل	-۲۹/۶۰۳	۲/۴۳۸	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی	-۱۵/۹۲۷	۲/۴۳۸	۰/۰۰۱

خواب (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی) تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد و اختلالات خواب گروه آزمایش به طور معناداری کاهش پیدا کرده است. برای بررسی اینکه میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس‌آزمون ابعاد اختلالات خواب (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی) پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش‌آزمون بیشتر است. با توجه به یافته‌ها می‌توان گفت که طرح‌واره‌درمانی بر اختلالات خواب در افراد مبتلا به بیماری موئیل اسکلروزیس تأثیر دارد و منجر به کاهش اختلالات خواب در افراد مبتلا به بیماری موئیل اسکلروزیس شده است. با توجه به نتایج پس از کنترل آماری تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون، مداخله بر اختلالات خواب (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی) تأثیر گذاشته است. بنابر این فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و طرح‌واره درمانی بر اختلالات خواب در افراد مبتلا به بیماری موئیل اسکلروزیس تأثیر دارد و منجر به کاهش اختلالات خواب در افراد مبتلا به بیماری موئیل اسکلروزیس شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های محقق و خرقانی (۲۰)، آقاییپور و همکاران (۱) همسو و همخوان می‌باشد.

در این راستا آموزش طرح‌واره درمانی می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها، نقش مهمی در کاهش رفتارهای مخرب و افزایش رفتارهای مطلوب برای جلوگیری از سوق پیدا کردن به سمت اختلالات خواب را داشته باشد (۲۱). می‌توان گفت که این روش آموزشی به دلیل برخوردار بودن از تکنیک‌هایی نظیر بازسازی بنمابه‌های ناسازگار، موجب تعدیل علائم روانتی منفی و به دنیا آن تعدیل قضاوت و ادراک مثبت از خویش در در افراد مبتلا به بیماری موئیل اسکلروزیس می‌شود. این امر به نوبه خود می‌تواند در کاهش اختلالات خواب آنان موثر باشد (۲۲). همچنین افراد مبتلا به بیماری موئیل اسکلروزیس در موقعیت‌های مختلف زندگی چه در حالت‌های شادی و چه غم نمی‌توانند از هیجانات خویش به صورت مفید استفاده نمایند و این امر موجب مشکلاتی دیگری از جمله درک منفی از خویش، نگرانی نسبت به موقعیت اجتماعی، اضطراب و عملکردهای اجتماعی و خانوادگی نامناسب در آنان می‌شود که خود دلیلی بر اختلالات خواب و ناآرامی‌ها می‌شود که طرح‌واره‌درمانی در این موارد کمک شایانی به افراد مبتلا به بیماری موئیل اسکلروزیس می‌نماید (۲۰).

اینگونه به نظر می‌رسد که آموزش طرح‌واره درمانی به عنوان یک درمان یکپارچه و جدید برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند و بر پایه درمان شناختی رفتاری کلاسیک و تکنیک‌های شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ترکیب می‌کند. در واقع، فرآیند طرح‌واره درمانی با تأکید بر

با توجه به جدول ۵ تفاوت میانگین گروه آزمایش تکنیک ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی در کیفیت ذهنی خواب (۰/۷۲۷) است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. تفاوت میانگین گروه آزمایش تکنیک ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی در تأخیر در به خواب رفتن (۱/۳۳) است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. تفاوت میانگین گروه آزمایش تکنیک ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی در مدت زمان خواب (۰/۶۴۳) است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. تفاوت میانگین گروه آزمایش تکنیک ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی در میزان بازدهی خواب (۲/۰۵۹) است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. تفاوت میانگین گروه آزمایش تکنیک ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی در اختلالات خواب (۶/۴۱۰) است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. تفاوت میانگین گروه آزمایش تکنیک ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی در استفاده از داروهای خواب‌آور (۰/۷۱۵) است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. تفاوت میانگین گروه آزمایش تکنیک ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی در اختلالات عملکردی روزانه (۱/۴۰۹) است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. میانگین‌های اصلاح شده متغیر اختلالات خواب (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی) در گروه‌های آزمایش و کنترل گزارش شده اند. همانطور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود بین گروه‌های آزمایش و کنترل در اختلالات خواب (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بنابر این با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که بین اثربخشی دو رویکرد بین طرح‌واره درمانی و تکنیک ذهن‌آگاهی از نظر تأثیر بر اختلالات خواب (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی) تفاوت معنی‌دار وجود دارد و تکنیک ذهن‌آگاهی نسبت به طرح‌واره درمانی در افراد مبتلا به بیماری موئیل اسکلروزیس اثربخش‌تر است.

با توجه به نتایج جدول ۵ پس از کنترل آماری تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون، بین اثربخشی دو رویکرد طرح‌واره درمانی و تکنیک ذهن‌آگاهی بر اختلالات خواب (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی) در افراد مبتلا به بیماری موئیل اسکلروزیس تفاوت معنی‌داری وجود دارد و تکنیک ذهن‌آگاهی نسبت به طرح‌واره درمانی در افراد مبتلا به بیماری موئیل اسکلروزیس در کاهش اختلالات خواب اثربخش‌تر است.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه اختلالات خواب شامل ۷ مؤلفه است برای پاسخگویی به فرضیه‌های تحقیق از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که در ابعاد اختلالات

2. Yang, J., Klosko, J. and Wishar, M. (2010). Schema therapy) Practical guide for clinical professionals.) Translated by Hamidpour, H., Indoz, Z. Arjmand publications, first volume. Tehran.
3. Iranzo, A., Stefani, A., Hogl, B., & Santamaria, J. (2019). Sleep and sleep disorders in Franz Kafka's narrative works. *Sleep Medicine*, 2(55), 69-73.
4. Tipsord, J. (2331). The effects of mindfulness training and individual difference in mindfulness on social perception and empathy. Unpublished doctoral dissertation, University of Oregon, Portland.
5. Krupp, L. B., Serafin, D. J., & Christodoulou, C. (2010). Multiple sclerosis-associated fatigue. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(9), 1437-1447.
6. Taylor, D. J., Mallory, L. J., & Lichstein, K. L., Riedel, B. W., Bush, A. J. (2008). Comorbidity of chronic insomnia with medical problem. *Sleep*, 30(2), 213-8.
7. Gottberg K, Gardulf A, Fredrikson S. Interferon-beta treatment for patients with multiple sclerosis: the patients' perceptions of the side effects. *Mult Scler*. 2000; 6: 349-54.
8. Qobaei, Mojdeh, Qalichnia Omrani, Hossein and Rostai Yezadeh, Mohsen (2016) Epidemiology of Multiple Sclerosis: A three-year study in Tehran. *Journal of Faculty of Medicine, University of Medical Sciences - Tehran*, 65 (5), 77-74.
9. Schwartz, C. E., Coulthard-Morris, L., & Zeng, Q. (1996). Psychosocial correlates of fatigue in multiple sclerosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 77(2), 165-170.
10. Dagger, Cinderella; Khwajevand, legend. (2019). The effectiveness of schema therapy on the dimensions of nature, character and craving for food consumption in obese women with type 2 diabetes, *New Journal of Cognitive Sciences*, Volume 22, Number 3, pp. 14-23.
11. Roelofs, J., Onckels, L., Muris, P. (2013). Attachment Quality and

ریشه‌های تحولی مشکلات روانشناختی بیماران، استفاده از تکنیک‌های بر انگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار اثرات منفی طرح‌واره‌های ناسازگار بیماری را در فرد تعدیل می‌کند (۲۳). بنابراین دور از انتظار نیست که طرح‌واره درمانی بر اختلالات خواب در افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مؤثر باشد.

اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی را می‌توان به دلیل فرآیندهای حاکم بر آن تبیین کرد. یکی از مهم‌ترین شیوه‌های این درمان، تصویرسازی ذهنی و عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌های آنها و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به رفتار در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن به افزایش کیفیت زندگی منجر شود و آنها را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، تنش، یأس، ناامیدی و افسردگی رهایی دهد که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود. هدف درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کاهش اجتناب تجربی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیر قابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب و پرورش ذهن‌آگاهی به منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و بیمار تشویق می‌شود تا در حالی که به سوی اهداف ارزشمند خود حرکت می‌کند، با تجربیاتش به طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آنها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی‌شان، در هنگام ظهور بپذیرد. این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیرقابل اجتناب می‌شود و شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، تلاش کند که به بهبود کیفیت زندگی به ویژه در حوزه روانی آن منتهی خواهد شد.

با توجه به کاستی‌هایی که درمان‌های پزشکی دارند، بررسی و مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی مبتنی بر طرح‌واره درمانی و تکنیک ذهن‌آگاهی بر اختلالات خواب در افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند به تلاش در راستای ارتقای شاخص‌های بهزیستی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس کمک‌های زیادی نماید، از سوی دیگر مصرف داروها مستلزم هزینه از سوی بیماران است و داروهای موجود همیشه، تسکین کامل یا کافی همه مشکلات روانی را برای بیماران فراهم نمی‌سازد (۲۴). بنابراین پژوهش موجود اطلاعات مفیدی را جهت تدوین روش‌های غیر دارویی به عنوان مکمل‌های درمانی فراهم می‌کند.

References

1. Agha Bagheri, H; Mohammad Khovani, P.; Omrani, S; Farahmand, and (2011). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy group on increasing the mental well-being and hope of patients with MS, *Journal of Clinical Psychology*, year 13, number 1, pp. 51-69.

19. Benedict, R. H., Wahlig, E., Bakshi, R., Fishman, I., Munschauer, F., Zivadinov, R., & Weinstock-Guttman, B. (2005). Predicting quality of life in multiple sclerosis: accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *Journal of the Neurological Sciences*, 231(1-2), 29-34.
20. Mohagheghi, Hossein; Kharghani, Parviz. (1400). The effect of schema therapy on anxiety, depression and primary dysfunctional schemas of people with substance use disorder, *Scientific Quarterly of Addiction Research*, year 15, number 60, pp. 299-324.
21. Côté, I., Trojan, D. A., Kaminska, M., Cardoso, M., Benedetti, A., Weiss, D., ... & Kimoff, R. J. (2013). Impact of sleep disorder treatment on fatigue in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 19(4), 480-489.
22. Azizi Zohra, Ali Akbari Dehkordi Mahnaz, Alipour Ahmad. The effectiveness of group schema therapy on reducing death anxiety symptoms in cardiovascular patients. *Behavioral science research*. 1398; 17 (2):252-244
23. Qadri, Kausar and Markhani Khoei, Efat Al-Sadat (2012) Sexual problems of women with multiple sclerosis and its relationship with quality of life, *Urmia Nursing and Midwifery College Journal*, 11(7) 526-533.
24. Blum, N., John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J. and Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for Outpatients with Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial and 1-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*. 165(4), 468-478.
- Psychopathological Symptoms in Clinically Referred Adolescents: The Mediating Role of Early Maladaptive Schema, *Journal of Child and Family Studies*, 22(3): 377-385.
12. Qadri, Farzad; Police station, Mehrdad; Mehrabi, Hossein Ali. (2015). The effectiveness of group schema therapy on modulating primary maladaptive schemas and reducing symptoms of social anxiety disorder, *Quarterly Journal of Clinical Psychological Studies*, year 6, number 24, pp. 1-30.
13. Mohammadzadeh, Ali; Jamehri Kohne Shahri, Seyyed Rahim. (2015). Comparison of personality traits, trait-state anxiety and existential anxiety in patients with generalized anxiety disorder and normal people, *Journal of Clinical Psychology - Year 8, No. 1*, pp. 83-91.
14. Gasiorowska, A., Zaleskiewicz, T., & Kesebir, P. 2018. Money as an existential anxiety buffer: Exposure to money prevents mortality reminders from leading to increased death thoughts. *J Exper Soc Psycho*, 79, 394-409.
15. Shirali, sweet; A large plain, Zahra. (2017). The effect of existential group therapy on the tolerance of distress, existential anxiety, meta-worry and health concern in elderly women with cardiovascular diseases, *Journal of Cardiovascular Nursing*, Volume 7, Number 4, pp. 24-33.
16. Mohr, D. C., & Cox, D. (2001). Multiple sclerosis: empirical literature for the clinical health psychologist. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 479-499.
17. Young, Jafari; Klosko, Jeanette; Vishar, Marjorie. (2003). *Schema therapy, a practical guide for clinical professionals*, first volume, translated by Hassan Hamidpour and Zahra Indoz (2012), Tehran: Arjmand Publications.
18. Janssen M, Heerkens Y, Kuijer W, van der Heijden B, Engels J (2018) Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. *PLoS ONE* 99(9): 9-7-97.